

WELFARE TO WORK 면제 신청서

인쇄체로 기입하십시오

성명		카운티 기입란	
주소 스트리트			
시	우편번호	카운티	
전화번호()		케이스 명	
		케이스 번호	기타 ID
질문이 있으시면 담당자에게 문의하십시오.		담당자 성명	

Welfare to Work 프로그램에 참가해야 될지도 모른다는 말을 듣거나 이미 Welfare to Work 프로그램에 참가하고 있는 경우, 아래 사유를 근거로 Welfare to Work 의 면제를 요청할 수 있습니다. Cal-Learn 프로그램 참가 자격이 있거나 또는 Cal-Learn 프로그램을 통해서 고등학교 졸업장이 나 동등한 자격 증명서를 받았다면, 상기 면제가 적용되지 않을 수 있습니다. 상세한 정보가 필요하시면 귀하의 담당자나 Cal-Learn 케이스 책임자에게 문의하십시오. Welfare to Work 의 면제 대상인 경우 카운티의 결정에 도움이 되는 정보가 있으면 제출하십시오.

다음 질문의 대답이 하나라도 "예"인 경우 Welfare to Work 의 면제 대상이 됩니다. 모든 질문에 대답하십시오. 이 양식은 카운티가 대신 기입할 수 없습니다. 반드시 이 양식 아래 쪽에 서명하고 날짜를 기입하십시오.

예 아니오

- ☐ ☐ 1. 귀하는 16 세 미만입니까?
- ☐ ☐ 2. 귀하는 16, 17 또는 18 세이며 고등학교나 성인학교의 풀타임 학생입니까? (Welfare to Work 플랜의 일부로 학교를 다녀서는 안됩니다.)
- ☐ ☐ 3. 귀하는 피보호자 또는 피후견인에 해당하는 어린이 혹은 수양 대상의 위험이 있는 어린이의 부모가 아닌 친척 보호자입니까?
- ☐ ☐ 4. 귀하는 스스로 자신을 돌보지 못하는 가구와 일원을 위해 집에 있어야 하며, 그 이유로 Welfare to Work 의 활동에 규칙적으로 참가할 수 없습니까?
- ☐ ☐ 5. 귀하는 6 개월 이하의 어린이(또는 카운티에 따라 12 주 이하의 어린이나 12 개월 이하의 어린이)의 부모 또는 친척 보호자입니까? 귀하의 담당자에게 면제에 해당하는 자녀의 나이에 관해 문의하십시오. 이러한 면제는 한 번만 받을 수 있습니다. (심대 부모로서 Cal-Learn 프로그램에 참가해야 하는 경우에는 자녀의 나이에 상관 없이 참가해야 합니다.)
- ☐ ☐ 6. 귀하는 육체적 또는 정신적인 문제로 최저 30 일 동안 규칙적으로 일하거나 또는 Welfare to Work 활동에 참가할 수 없습니까? 그 문제를 설명하고 의학적인 증거를 제공하십시오. _____
- ☐ ☐ 7. 귀하는 60 세 이상입니까?
- ☐ ☐ 8. 귀하는 임신으로 인해 일하거나 Welfare to Work 활동에 참가할 수 없다는 의사의 진단을 받았습니까?

- Welfare to Work 프로그램 면제 여부와 그 사유에 관한 통지를 받게 됩니다.
- 카운티는 면제 사유에 대한 증거를 요청할 수 있습니다.
- 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 주정부 청문회를 요청할 수 있습니다.

서명	날짜
----	----